

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N°

139

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VERNET (Alexis)

Né le 15 Septembre 1911, à Jouillat (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le

15 JUIN 1942

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DUODÉNITE NON ULCÉREUSE

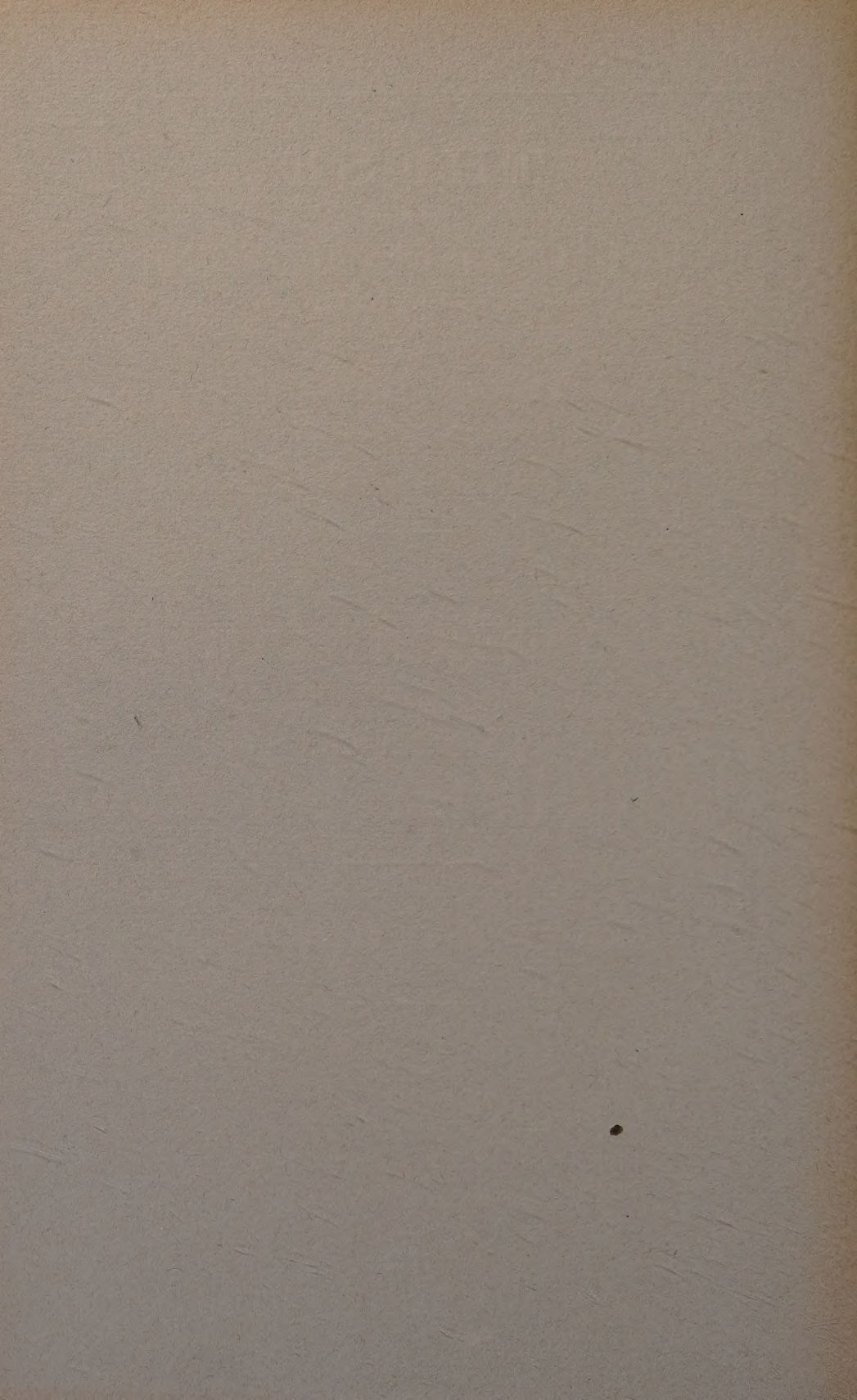
Président de Thèse : M. BROCOQ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1942



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VERNET.**

Prénoms : **Alexis.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille : _____

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la duodénite non ulcéreuse. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la duodénite non ulcéreuse. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la duodénite non ulcéreuse. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la duodénite non ulcéreuse. — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VERNET.**

Prénoms : **Alexis.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Les deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la chondrite non ulcéreuse. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la chondrite non ulcéreuse. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la chondrite non ulcéreuse. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)

VERNET (Alexis). — Contribution à l'étude de la chondrite non ulcéreuse. — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 61 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°)

ANNÉE 1942

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VERNET (Alexis)

Né le 15 Septembre 1911, à Jouillat (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DUODÉNITE NON ULCÉREUSE

Président de Thèse : M. BROCO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryncologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Clinique de la Tuberculose.....
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte
 Clinique cardiologique
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-Sociale.....

Professeurs sans chaire.....

ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 N...
 QUÉNU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.
 LEVY-VALENSI.
 HENRI BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 TIESSINGER.
 HARVIER.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.

CATHALA.
 ROBERT DEBRÉ.

LAIGNEL LAVASTINE

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 MONDOR.
 GOSSET
 CADENAT.
 LENCROMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 PORTES.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.

LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAÎTRE.
 BROCC.
 M. VILLARET.
 TROISIÈRE.

MATHIEU.
 DONZELOT.
 CLOVIS VINCENT.
 N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie..... BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie..... CORDIER.
 Pathologie médicale..... COSTE.
 Urologie..... COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale..... DELAY.
 Physiologie..... DESGREZ H.
 Médecine légale..... DESOILLE.
 Obstétrique..... DIGONNET.
 Physique..... DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie..... GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique.. Mlle GAUTHIER-VILLARS

MM.

Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie..... LAVIER.
 Pathologie médicale..... LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale..... LENEGRE.
 Pharmacologie..... Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale..... MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale..... SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique..... GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

MM.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCH.
 Médecine légale..... PIEDELIÈVRE.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CHABROL.
CHEVALIER.
LAROCHE G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
MOULONGUET
MOURE.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie.....
Puériculture.....

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDOUX-LEBARD.
DECHAUME.
N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*En reconnaissance de tout
ce qu'ils ont fait pour moi. En
témoignage de ma profonde af-
fection.*

A MON ONCLE, LE DOCTEUR ALEXIS DUFOUR

Médecin principal de la Marine en retraite
Ex-professeur aux Ecoles de Médecine Navale
Ex-chirurgien des Hôpitaux de la Marine
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage d'affection,
avec toute ma reconnaissance
pour les conseils qu'il m'a pro-
digués au cours de mes études
médicales.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROcq

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec l'expression de ma gratitude pour le très grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHOUMEAU

Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de la Santé publique
Médecin-chef de l'Asile National de Saint-Maurice

*Témoignage de notre grati-
tude pour la bienveillance qu'il
n'a cessé de nous manifester.*

MONSIEUR LE DOCTEUR OURY

Chevalier de la Légion d'Honneur
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris
Médecin-chef de l'Asile National de Saint-Maurice

*Qui nous a inspiré ce travail,
prodigué ses conseils ; en témoi-
gnage de notre reconnaissance
pour son brillant enseignement
clinique.*

MONSIEUR LE DOCTEUR REBUFFEL

Chef du Service de Radiologie

*Hommage reconnaissant pour
la sympathie qu'il m'a toujours
témoignée.*

MONSIEUR LE DOCTEUR PREAUT

Chef du Service de Physiothérapie

*En reconnaissance des con-
seils qu'il nous a prodigués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARLE ROEDERER

Chef du Service d'Orthopédie de l'Hôpital St-Michel

Que j'ai eu l'honneur d'assister pendant mon internat à sa consultation d'orthopédie de l'Asile National des Convalescents.

Hommage respectueux.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

CHAPITRE I. — INTRODUCTION

Nous avons été amené au cours de notre internat à l'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice et aussi pendant la guerre et pendant notre captivité en Allemagne à constater la diversité d'opinions émises au sujet des déformations radiologiques duodénales. Mon maître P. Oury a de son côté été frappé par le très grand nombre d'ulcères duodénaux diagnostiqués sur le vu de clichés, rien moins que probants. Ces constatations nous ont amené à revoir une question importante, celle de la duodénite, le diagnostic erroné d'ulcère pouvant conduire à une intervention chirurgicale qu'on aurait parfois intérêt à éviter. En faisant ce distinguo entre ulcère et duodénite, nous n'avons pas l'intention de décrire deux affections justiciables à tout coup de traitements différents en disant : duodénite et thérapeutique médicale d'une part, et d'autre part, ulcus et chirurgie. Mais cette question de la duodénite a déjà été étudiée, et nous nous proposons simplement de redire ici les opinions les plus généralement admises par les maîtres de la gastro-enterologie, et de montrer que la

duodénite est en fait une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait encore il y a une dizaine d'années.

Dans une vue très large, on peut dire que les douleurs gastriques se divisent en quatre grands groupes :

1°) Douleurs gastriques, et radiologiquement estomac et duodénum normaux.

2°) Douleurs gastriques, et radiologiquement troubles de position de l'estomac et du duodénum.

3°) Douleurs gastriques, et radiologiquement image typique d'ulcère de l'estomac ou du duodénum.

4°) Douleurs gastriques, et radiologiquement images discutables bulbaires.

Ces images discutables bulbaires constituent la partie la plus délicate à discuter de toute la radio-clinique gastro-intestinale. Il est vraiment des cas où devant des images bulbaires extrêmement difficiles à interpréter, de bons cliniciens et radiologues affirment les uns l'ulcère, tandis que d'autres inclinent davantage à penser à une duodéno-périduodénite. Maintes fois devant les clichés et les dossiers que nous avons consulté au Centre de Réforme grâce à la bienveillance du médecin colonel Bousseau, nous avons trouvé aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique des différences d'interprétation entre les divers médecins qui avaient examiné ces malades, et il est certain que seules, de très nombreuses séries duodénales pourraient parfaire ces diagnostics. Nous arrivons à un point mort diagnostique in-

franchissable, que ne permet même pas de solutionner quelquefois l'intervention chirurgicale. Un fait cependant est sûr. Ces images bulbaires, en dehors de l'ulcère, traduisent souvent une inflammation simple du duodénum. Au cours de ces dernières années, des lambeaux de duodénum prélevés chirurgicalement et examinés histologiquement ont montré en effet, des lésions de duodénite sans ulcère concomitant.

A l'heure actuelle, il est indispensable de faire un parallèle entre la duodénite et la gastrite, en soulignant combien la gastroscopie a rajeuni ce diagnostic de gastrite tombé en désuétude jusqu'au moment où Moutier a fait entrer cette méthode endoscopique dans le domaine pratique. Un jour peut-être, la duodénoscopie parfaira cette conception encore trop négligée de la duodénite, et montrera directement à l'œil de l'observateur la réalité fréquente de cette affection, que nous défendons dans notre thèse.

II. — HISTORIQUE

Les travaux accomplis jusqu'à ce jour ont nettement séparé l'ulcère de l'estomac des gastrites et des dyspepsies. L'estomac est un organe volumineux. Il est facilement explorable par les rayons X. Il n'en est pas de même pour le duodénum, et plus particulièrement pour le bulbe. Ce dernier, beaucoup plus petit, et profondément enfoui sous le foie dans cette région anatomique appelée carrefour sous-hépatique, et sur lequel retentissent physiologiquement et anatomiquement tous les organes de voisinage, foie, vésicule, et voies biliaires principales, pancréas, est d'un examen plus difficile. De ce fait, les images radiologiques du bulbe duodénal devaient prêter à des interprétations plus compliquées et partant plus discutables. Il en est de même pour les autres portions du duodénum. La deuxième portion est pré-rénale ; la troisième est pré-vertébrale ; la quatrième est latéro-aortique. Tout le duodénum est donc profondément situé. Aussi, alors qu'on accordait à la gastrite une très grosse part dans la pathologie classique, part qui devait normalement lui revenir, la duodénite,

dont nous voudrions ici, dans une certaine mesure, faire le pendant de la gastrite, avait beaucoup moins retenu l'attention des auteurs.

Et pourtant, déjà en 1825, Broussais publiait une monographie sur cette affection. Il était, tant en France qu'à l'étranger, suivi par un certain nombre d'auteurs : entre autres Baudin, Dupuytren, Parry et Schaw, Mayo, Lesage.

Depuis 1920, divers travaux traitent cette question.

Judd et Nagell ont décrit une duodénite qui ressemble cliniquement à un ulcère.

Bouchut et Ravault, dans leur article, « Les Pyloro-Duodénites » paru dans les Archives des Maladies du Tube Digestif et de la Nutrition, en Février 1927, rapportent sept observations où les syndromes cliniques présentés par leurs malades leur ont fait poser le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal. L'examen radiologique en aucun cas n'avait montré d'image nette d'ulcus. A l'intervention il n'y avait pas d'ulcère. Il n'y avait pas davantage d'appendicite ou de cholecystite, mais uniquement des lésions purement inflammatoires, à la fois parenchymateuses et interstitielles des muqueuses pyloriques et duodénales, avec une inflammation péritonéale occupant la région pylorique, duodénale et même sous-hépatique. Ils concluent : « Il y a des syndromes cliniques, simulant à s'y méprendre, l'ulcère chronique gastro-duodénal, et qui sont en réalité sous la dépendance exclusive de lésions inflammatoires à la fois parenchymateuses et interstitielles de la muqueuse, c'est-à-dire de pyloro-duodénites ».

Gutmann, dans « Les Syndromes douloureux de la région épigastrique » Tome II, après avoir constaté que c'est toujours autour de l'ulcère du duodénum que tournent toutes les observations, conclue à une grande difficulté clinique de poser le diagnostic de pylorité et de duodénite.

Ramond et Jacquelin, dans leur article paru dans les Archives des Maladies du Tube Digestif et de la Nutrition en Juin 1935 et intitulé « Les Duodéno-pyloro-antrites », concluent sur l'examen d'une centaine de pièces opératoires à l'autonomie indiscutable de la gastro-duodénite. Pour eux, la duodénite s'accompagne toujours de pyloro-antrite, l'affection gagnant souvent une large surface de la muqueuse gastrique. Mais la réciprocité n'est pas vraie. La pyloro-antrite est souvent isolée. Cette contradiction apparente s'expliquerait par la répartition des lymphatiques duodéno-pyloriques.

Gubergritz et Tchayka, dans leur article « Sur la Duodénite » paru dans les Archives des Maladies du Tube Digestif et de la Nutrition en décembre 1936 regrettent que, malgré des recherches récentes, l'anatomie pathologique et le tableau clinique de la duodénite demeurent encore trop négligés. Leurs observations s'appliquent à des altérations trouvées dans différentes parties du tube digestif sur cinq cents cadavres.

Dans 172 cas, un peu plus du tiers, duodénite.

80 fois sur 172, Pyloro-duodénite.

14 fois sur 100 du nombre total, la duodénite était isolée.

5 fois sur 100 il y avait des lésions sur le jéjunum et sur l'iléon donc duodéno-jéjunite ou panentérite.

La Duodénite isolée qu'ils appellent duodénite chronique catarrhale fixe surtout leur attention. Ils distinguent :

A — Une période aiguë, aboutissant à la guérison ou à l'état chronique, et dont le signe dominant est un syndrome hémorragique.

B — Une période chronique.

Pour eux, en ce qui concerne le tableau clinique, les plaintes des malades, peuvent être divisées en deux groupes :

1°) Plaintes rappelant celles des malades souffrant d'un ulcère duodéal.

2°) Plaintes rappelant celles des malades atteints d'une affection de la vésicule ou des voies biliaires.

L'examen radiologique montre un bulbe déformé, échancré, dentelé, douloureux à la palpation. Le transit de la bouillie est excessivement rapide. Enfin l'examen du contenu duodéal fournit des renseignements précieux pour le diagnostic différentiel.

Pour P. Brodin, dans « Les Duodénites pseudo-ulcéreuses, leur guérison fréquente par ablation de l'appendice chroniquement enflammé ». Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Novembre 1939, les duodénites pseudo-ulcéreuses sont fréquentes. Elles ont la même histoire clinique que l'ulcère. Il se passe actuellement, dit-il, pour le duodénum ce qui s'est passé pour la vésicule

biliaire. « Alors qu'il y a quelques années, toutes les cholécystites étaient considérées comme lithiasiques et devant être opérées, nous savons actuellement que le plus grand nombre d'entre elles sont de simples cholécystites secondaires qui guérissent par le traitement médical de la lésion causale. De même, en ce qui concerne le duodénum, l'ulcère n'est pas tout, et une part de plus en plus importante des troubles dont il est le siège doit être réservée aux malformations et en particulier aux diverticules, et surtout aux inflammations constituant le grand groupe des duodénites que nous apprenons chaque jour à mieux connaître ». Le diagnostic avec l'ulcère du duodénum repose sur l'absence de niche lors des radiographies en série du bulbe, et sur l'existence d'un arrêt prolongé de la bouillie au niveau du genu inférius.

Gaston Durand, dans son article paru dans les Archives des Maladies du Tube Digestif et de la nutrition en janvier-février 1941, la « Causalgie digestive » pense qu'il existe entre les deux affections ulcus et duodénite, une différence d'allure évolutive, qui de son seul fait, suffit déjà à présumer l'existence ou l'absence d'ulcère. Selon cet auteur, il n'y a pas de symptomatologie distinguant en clair la duodénite. Toutefois, dans le cas de cette dernière, état nauséeux en synchronisme avec la sensation de brûlure à horaire tardif ou sub-tardif, et fréquence d'une douleur à la pression profonde dans la zone duodéno-vésiculaire. La radiographie, en éliminant l'ulcère permet d'établir le diagnostic.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique de ces lésions, de duodénite a été faite ces dernières années par Ramond et Jacquelin, et par Gubergritz et Tchayka.

Très souvent, disent Ramond et Jacquelin, on peut voir à l'œil nu un épaississement congestif ou fibreux de la séreuse avec possibilité d'adhérences avec le voisinage. La musculaire peut être hypertrophiée ou atrophiée. La muqueuse est le plus souvent augmentée de volume, tantôt congestive, inégalé, tomenteuse.

Gubergritz et Tchayka notent tantôt de fortes hémorragies parsemées sur toute l'étendue du duodénum, sur sa portion transversale surtout, diminuant en nombre et en intensité en direction de l'estomac et vers la portion initiale du jéjunum. Parfois de véritables lacs sanguins siègent dans la tunique sous muqueuse. La musculuse en est libre, mais ses vaisseaux sont très dilatés. Ces hémorragies intéressent de préférence les courbures du duodénum. *L'intégrité de la muqueuse reste fréquemment complète, avec cependant toutefois de rares érosions*

insignifiantes. Tantôt, une pigmentation ardoisée remplace les foyers hémorragiques. La muqueuse devient très amincie. La celluleuse se durcit. Elle craque sous le scalpel. Dans les stades très avancés, atrophie très prononcée du revêtement épithélial avec une infiltration inflammatoire très intense. En outre, sclérose des vaisseaux capillaires, prolifération du tissu conjonctif de la celluleuse, mais la musculouse est relativement peu altérée.

D'autrefois (Ramond et Jacquelin), la muqueuse conserve une apparence normale. Mais un examen microscopique y révèle de nombreuses lésions. Celles-ci sont de deux ordres : intersticielles et glandulaires. Les premières portent surtout en surface : amas serrés de lymphocytes puis de plasmocytes avec quelques cellules polynucléaires et neutrophiles. Quelques coulées se dirigent en profondeur, s'arrêtant à la mince lame fibreuse horizontale qui sépare la muqueuse de la musculaire. Assez rarement elles franchissent cet obstacle et envahissent la musculaire. La vascularisation est abondante, principalement en surface où l'on voit de nombreux capillaires récents.

Les secondes portent sur la muqueuse de revêtement, les glandes de Lieberkuhn et très peu sur les glandes de Brünner.

Les cellules de revêtement perdent leur cuticule de surface, et de forme cylindro-cubique, elles deviennent boursouflées et arrondies.

Les glandes de Lieberkuhn sont profondément atteintes ; les cellules sont tantôt en état de réaction,

avec coloration forte du noyau et du protoplasma, tantôt en état de dégénérescence granuleuse, avec nombreux leucocytes diapédétiques, venus de la zone intersticielle du voisinage ; cependant, rareté des cellules de Paneth ; pas de cellules hémformatives. Les glandes caliciformes tendent à disparaître rapidement.

Par contre, les cellules des glandes de Brünner résistent singulièrement. A peine, voit-on, dans le voisinage des coulées inflammatoires interstitielles, quelques rares cellules brünneriennes avec un noyau un peu coloré et arrondi, et un protoplasme très légèrement teinté par les colorants acides.

IV. — ETIOLOGIE

Dans le problème complexe de l'étiologie des duodénites, avant d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une duodénite essentielle, un examen attentif des organes de l'abdomen dont on connaît le retentissement physiologique sur le duodénum, est nécessaire. Aussi distinguons-nous :

1°) Les Duodénites secondaires.

2°) Les Duodénites essentielles.

I. — LES DUODÉNITES SECONDAIRES.

Dans les duodénites secondaires, trois facteurs ont un rôle essentiel :

- a) l'appendicite chronique.
- b) les affections vésiculaires.
- c) les typhlo-colites.

a) *L'appendicite chronique.*

Pour P. Brodin, l'appendicite chronique est la cause primordiale de la duodénite. L'inflammation se propage par voie lymphatique au duodénum. Du fait

de cette inflammation il s'en suit un arrêt au niveau du genu inférius, entraînant une stase des aliments, des sécrétions biliaires et pancréatiques, d'où une certaine irritation de la paroi duodénale par des produits toxiques. De cette irritation naît à la longue une duodénite chronique d'abord simple et qui se complique ensuite de péri-duodénite. Puis l'inflammation gagne souvent la vésicule biliaire provoquant une cholécystite secondaire qui entraîne à son tour une gêne d'évacuation de la bile et une nouvelle compression du duodénum par spasme de voisinage au niveau du genu supérius avec gêne d'évacuation du bulbe.

Comme cet auteur, nous pensons que l'inflammation de la région iléo-cœcale due à une appendicite chronique, gagne souvent le duodénum. Aussi, lors de l'examen clinique, en dehors d'une réaction appendiculaire nette, doit-on s'appliquer à rechercher avec soin les petits signes de l'appendicite chronique, la positivité du signe de Meltzer et du signe de Rovsing et penser à pratiquer un toucher rectal ou vaginal dans le cas d'appendicite à position basse. Il faudra toujours compléter par un examen radiologique : la stase iléale de la neuvième heure fournissant un renseignement précieux.

b) Les affections vésiculaires.

A côté de l'appendiculo-duodénite et de l'appendiculo-duodéno-cholécystite, il existe inversement une cholécysto-duodénite. Si la duodénite peut déter-

miner une affection vésiculaire, la réciproque est également vraie, et aussi fréquemment que l'appendicite, toute affection vésiculaire joue éventuellement un rôle dans la genèse de la duodénite.

Les affections de la vésicule et des voies biliaires ont un retentissement duodénal excessivement fréquent qui s'explique par les rapports anatomiques des organes et par le fait de lymphatiques allant directement de la vésicule au duodénum. Les cholécystites non lithiasiques qui se rencontrent constamment associées à une infection intestinale, les vésicules de stase peuvent être incriminées. Il en est de même dans la lithiase vésiculaire. Von Rhode a examiné le duodénum de 37 lithiasiques avant de les opérer. 30 fois il y avait des déformations importantes du bulbe. Pierre Duval, Ch. Jean Roux et Henri Beclere examinant systématiquement le duodénum de leurs lithiasiques concluent dans le même sens. Brodin réalisant dans sa théorie la chaîne pathologique suivante : appendicite, duodénite, cholécystite, duodénite finit par faire réinfecter le duodénum par la vésicule biliaire.

c) *Les Typhlo-colites.*

Si l'appendicite chronique et les affections vésiculaires semblent bien être les deux causes essentielles des duodénites secondaires, il convient toutefois de faire une part importante à ces états inflammatoires infectieux nommés typhlites, colites et typhlo-colites. Il existe dans les colons une vaste nappe de tissu

lymphoïde. Aussi au cours de ces infections, la propagation au duodénum se fait-elle normalement par voie lymphatique ascendante.

D) En dehors de ces trois causes essentielles, une grande place revient aux périviscérités. Il est indubitable qu'une périoduodénite ayant son origine en dehors de toute histoire duodénale peut retentir sur le duodénum en l'inflammant. C'est d'ailleurs, croyons-nous, une cause fréquente, à mettre sur le pied d'égalité avec l'appendicite et les affections vésiculaires. Mais il semble bien aussi que très fréquemment cette périoduodénite soit un aboutissant d'une affection duodénale et non une cause. Un des processus les plus simples de l'infection du duodénum par des brides de périoduodénite est le tiraillement exercé par ces brides sur le duodénum. Mais mieux encore que le tiraillement agit l'étranglement. Les sténoses par brides, rencontrées aux différentes portions du duodénum et plus particulièrement au niveau des angles, entraînent automatiquement au moins une gêne dans le transit alimentaire et une stase en amont. Or, toute stase détermine une pullulation microbienne amenant une inflammation de la muqueuse.

E) A côté de ces périviscérités génératrices de sténoses et partant d'inflammation du duodénum, mentionnons encore l'étranglement au niveau du genu inferius par le compas mésentérique. Nous avons pu en observer cinq cas en Allemagne. Une fois il s'agis-

sait d'une sténose quasi totale ; le malade qui était dans un véritable état de cachexie est mort quelques jours plus tard. Deux fois, il s'agissait de sténose très serrée. Nous ne savons pas ce que sont devenus ces malades qui ont été dirigés sur un autre hôpital. Deux fois, il s'agissait de sténose moindre, et notre but thérapeutique a été d'obtenir un rapatriement qui a eu lieu une dizaine de jours plus tard. Les signes présentés pouvaient se résumer comme suit : amaigrissement considérable, de quinze à trente kilos, survenu progressivement en six à huit mois chez des malades sous-alimentés. Au début, douleurs gastriques à type de pesanteur, puis ensuite de torsion. Vomissements, état nauséeux, céphalées. Lors de l'examen radioscopique la baryte passait rapidement de l'estomac dans le bulbe et filait très vite du fait d'un hyperpéristaltisme très net jusqu'au genu inferius. Là, arrêt net, antiperistaltisme très violent qui faisait refluer la baryte jusqu'au bulbe et même jusque dans l'estomac. Mais au bout d'un moment, l'antipéristaltisme cédait, et la baryte s'accumulait en amont du genu inferius montrant un duodénum très dilaté et douloureux au palper sous l'écran. Quatre fois il y avait des déformations d'importance variable au niveau du bulbe. Une fois, et dans le cas qui nous avait paru le moins inquiétant par les signes cliniques présentés, le bulbe ne présentait pas d'anomalie morphologique. Jamais, il n'y avait de niche visible. Par contre, dans tous ces cas, nous avons noté d'importants troubles de la statique : Gastroenteroptose très accentuée.

En raison du rôle incontestable de la stase dans la genèse des processus infectieux nous croyons devoir signaler le rapport sur la stase duodénale chronique présenté par de Beule, de Gand, à la Société Belge de Gastro-Enterologie à la séance extraordinaire de juin 1931. Cet auteur reconnaît trois grands groupes de causes dans la stase duodénale :

A) Stase par obstacle mécanique (intrinsèque ou extrinsèque).

B) Stase par paralysie duodénale sous l'influence de processus inflammatoires.

C) Stase par déséquilibre de l'innervation duodénale.

Dans le déterminisme des duodénites il faut encore mentionner la possibilité de l'origine utéro-ovarienne dont la filiation par le duodénum a été démontrée. Il faut citer le rententissement du foie au cours des simples congestions, des hépatites et des cirrhoses.

Enfin, il faut signaler la possibilité de lésions duodénales syphilitiques et tuberculeuses, mais qui sont des cas rarissimes, et en l'occurrence, il semble que l'on doive se montrer très prudent et se demander s'il s'agit bien vraiment de lésions spécifiques ou bacillaires ou tout simplement de lésions banales au cours d'une syphilis ou d'une tuberculose. C'est là presque toujours un problème difficile à trancher, et que le test thérapeutique dans le cas de syphilis aidera parfois à élucider.

II. — LES DUODÉNITES ÉSENTIELLES.

A côté de ces duodénites secondaires, il existe un beaucoup plus grand nombre de duodénites essentielles. Les causes susceptibles de déterminer des lésions de la muqueuse sont nombreuses. Le rôle de l'infection, que cette infection provienne d'une maladie qui laisse des séquelles ou qu'elle provienne de germes apportés par la salive ou par des aliments, n'est pas douteux. Dans cet ordre d'idées l'ingestion d'aliments crus, souillés, mal nettoyés ou d'aliments insuffisamment cuits est particulièrement nocive. L'alimentation intervient d'ailleurs de plusieurs façons : aliments avalés sans être suffisamment mâchés, nourriture trop acide, boissons brûlantes ou au contraire glacées. Mentionnons aussi la possibilité de troubles digestifs dûs à des régimes carenciels, et dans ces cas-là la question terrain et état de moindre résistance de l'organisme à toute infection, ne sera pas négligeable. Et actuellement, dans la fréquence plus grande que certains auteurs voient de l'ulcère duodénal, et que nous élargissons non pas seulement à l'ulcère mais aux duodénites, nous insistons beaucoup plus qu'on ne pouvait le faire précédemment sur l'importance de ces régimes, tant au point de vue de la valeur calorique, qu'au point de vue des apports vitaminés. Toutes ces causes agiront d'autant mieux que les sucs gastriques et duodénaux auront perdu de leur pouvoir antiseptique. Une stase alimentaire,

en quelque endroit qu'elle soit, favorisera également tout développement microbien et ultérieurement, comme nous l'avons déjà vu au cours des sténoses duodénales, la possibilité de lésions de gastrite et de duodénite.

V. — CLINIQUE

D'après l'ensemble des travaux effectués sur la duodénite, et d'après nos observations, nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de distinguer une duodénite aiguë et une duodénite chronique. Certes, il existe de nombreuses formes. Les signes cliniques observés sont tantôt, accentués, tantôt au contraire atténués. Mais la chronicité est bien un des faits dominants de cette maladie, et la duodénite aiguë pure qui évoluerait ou bien vers la guérison ou bien vers la chronicité, nous semble extrêmement rare. Aussi croyons-nous davantage à des états aigus au cours d'une duodénite chronique qu'à une duodénite aiguë pure vraie.

Nous distinguons au cours de la duodénite chronique :

- 1) Une forme dyspeptique ;
- 2) Une forme pseudo-ulcéreuse ;
- 3) Une forme hémorragique ;
- 4) Des formes associées.

I. — LA FORME DYSPEPTIQUE.

Cette forme est essentiellement caractérisée par ces deux fais essentiels :

A) Il s'agit de malades qui présentent des douleurs post prandiales à horaire variable.

B) La maladie évolue sans périodicité franche.

A) Les douleurs apparaissent quelquefois immédiatement après les repas : d'autres fois, elle sont plus tardives, deux, trois, quatre heures. Chez un même malade elles sont variables dans le temps. Elles surviennent en général assez brusquement. Leur durée elle aussi est variable. Parfois elle cessent au bout d'une demi-heure, d'une heure. D'autre fois elle se prolongent jusqu'au repas suivant. En général, elles ont très vite atteint leur paroxysme, et vont d'habitude en s'atténuant progressivement. Ce sont des douleurs qui offrent des caractères très divers. Souvent le malade a du mal à préciser ses impressions. Il mélange des impressions de crampes ou de brûlures à de simples sensations de pesanteur. Et chez de pareils sujets, à n'envisager qu'une histoire fonctionnelle floue, on aurait tendance à ne penser qu'à une dyspepsie banale hyper ou hyposténique. Ces douleurs peuvent être calmées par l'absorption d'aliments. Dans ce lot de malades, le plus grand nombre est essentiellement des douloureux. Il en est un plus petit nombre qui associent à ces douleurs des régurgitations ou de beaucoup plus rares vomissements apparaissant surtout à la suite d'erreurs de régime.

B) L'évolution est irrégulière. Tantôt, il s'agit de malades qui présentent depuis de longs mois des souffrances à peu près continues avec de temps à autre

une certaine amélioration. D'autres fois, le malade esquisse des périodes mal définies. Les troubles s'amendent lentement pour aboutir à une sorte de mieux temporaire. L'amélioration n'est jamais brusque ; elle est toujours très lente, amenée par le régime et le traitement institués. Le malade se sentant mieux se soigne moins bien, n'observe plus son régime, et l'affection reprend. Il n'y a jamais comme dans l'ulcère typique des périodes de crises douloureuses nettement séparées par des périodes de calme pendant lesquelles le malade se sent parfaitement bien.

Toutefois, on peut se trouver en présence d'une histoire clinique difficile à élucider, soit qu'il s'agisse de malades présentant un long passé gastrique dont ils se rappellent mal le début, soit qu'il s'agisse de malades dont l'interrogatoire est difficile. D'autre part, la tendance naturelle des affections digestives à l'extériorisation, qui va elle aussi tendre à souder les crises et les périodes, rend quelquefois assez semblables des maladies à symptomatologie habituellement différentes. Aussi bien, le diagnostic avec l'ulcère gastrique et duodénal est des plus difficiles. L'examen de l'abdomen n'apporte jamais de certitude. C'est à la radiologie de faire la preuve. Or cette preuve, la radiologie ne l'apporte pas toujours, et devant de bonnes séries duodénales plusieurs fois répétées, le diagnostic, il faut bien l'avouer, demeure parfois hésitant. Voici quelques observations qui montrent bien la difficulté du problème :

OBSERVATION N° I. — E. B., 55 ans.

Antécédents héréditaires : père mort à la suite d'un accident, mère morte de septicémie.

Antécédents personnels : rien de particulier.

Prisonnier le 30 juin. Envoyé en Allemagne.

En août 1940. Anorexie avec céphalée le soir.

Le 16 septembre, le malade en allant à la douche se découvre une hernie inguinale droite.

En janvier 1941, impressions de douleur et de pesanteur après les repas. Céphalées à la fin du jour. La nuit, insomnies. Il commence à ressentir des douleurs qui surviennent par crises, toujours une demi-heure après les repas, douleurs peu intenses au début, puis de plus en plus vives, calmées parfois par ingestion d'aliments. Il souffre par périodes séparées par d'autres périodes de plusieurs jours sans douleur. Il n'y a ni vomissements, ni hématurie, ni méloena. Pendant ce temps, on a pu noter un amaigrissement continu, de 75 à 57 kilos 500 pour une taille de 1 mètre 68 centimètres.

En juin 1940, hernie inguinale droite.

Proposé pour le rapatriement en France en tant que malade, il revient avant qu'il ne soit statué sur son sort comme ancien combattant de la guerre 1914-1918.

Il demande au cours de la visite de démobilisation du Val-de-Grâce à être opéré de ses deux hernies. A ce moment, on lui fait un examen radiologique à la suite duquel il est admis à l'American Hospital le 8 septembre 1941 pour être en observation.

A son entrée à l'American Hospital, le malade accuse des douleurs à horaire assez imprécis, ne survenant plus qu'à de loin en loin, siégeant au creux de l'épigastre. A l'examen, abdomen souple, qui respire bien. La palpation profonde du creux épigastrique est douloureux. Hernies inguinales gauche et droite facilement réductibles, mais douloureuses. Le reste de l'examen clinique est négatif.

T. A. 12/8.

Conclusion du Docteur Lambling.

Chez un malade âgé de 52 ans, apparition en captivité à partir de 1941 d'hyporexie avec syndrome douloureux gastrique intermittent, striction gastrique survenant une demi-heure après les repas, durant une heure et demie, deux heures, calmée au début par des poudres absorbantes. Les douleurs gastriques surviennent par périodes de un à huit jours, séparées par des périodes de sédation de même durée. Objectivement, douleur épigastrique.

Le 18 octobre 1941. Radioscopie pratiquée par le Docteur Lambling.

Champs cardio-pulmonaire : rien à signaler.

Estomac : remplissage normo-tonique en I, un peu oblique en bas et à droite. Aucune anomalie des contours gastropyloriques, mais on est frappé dans la première partie de l'examen : 1) par le spasme de l'antré qui s'effile volontiers en équerre ; 2) par le spasme du pylore ; 3) par des phases très brèves de cinésie entrecoupée par de longues phases d'inertie.

Vingt minutes après l'ingestion, on obtient par la pression manuelle quelques passages, mais peu abondants. Le bulbe qui n'est bien dégagé de D2 qu'en position antérieure droite est petit, à contours irréguliers quoique triangulaires et particulièrement au niveau de sa base. Cet aspect est obtenu aussi bien en position debout qu'en procubitus. Le spasme de l'antré persiste avec hypersécrétion notable.

Conclusion : Spasme de l'antré, spasme du pylore, bulbe petit et irrégulier, hypersecrétion.

Le 30 octobre : nouvel examen, après injections intraveineuses d'atropine. Mêmes constatations. Aspect effilé de l'antré. Spasme prolongé du pylore. Hypercinésie antrale. Hypersécrétion abondante, mais aucune déformation précise ni du pylore, ni du bulbe. Ce dernier apparaît quelquefois bien petit mais non déformé et se dilate parfaitement à certains passages.

Un tubage gastrique pratiqué ramène un liquide biliaire avec présence de sang, cliniquement et histologiquement.

Diagnostic : Ulcère probable du bulbe, sans syndrome pylorique, à traiter médicalement. Syndrome clinique ulcéreux. Radiologiquement, déformations permanentes, mais non absolument caractéristiques du bulbe associées à une hypersécrétion abondante. Hypercinésie et spasme prolongé du pylore.

25 novembre 1941. Nouveaux clichés radiographiques, après insufflation. La comparaison permet de suivre un contour antral régulier. Le canal pylo-

rique n'offre pas d'image particulière. La base du bulbe ne se dilate jamais bien, présente toujours les mêmes irrégularités. Le sommet et la partie moyenne se dilatent bien.

Nous voyons avec quelle prudence le Docteur Lambing arrive au diagnostic d'ulcère probable du bulbe. Et encore, à notre avis, ce diagnostic nous paraît combien discutable. En effet, ici, trois ordres de faits sont à retenir :

1) L'histoire clinique, qui sans périodicité franche, n'est pas typique de l'ulcère.

2) L'examen radiologique, qui ne montre aucune image typique d'ulcère.

3) Le tubage gastrique qui ramène un liquide biliaire avec présence de sang ; or, nous savons combien variées, en dehors de l'ulcère sont les affections susceptibles de déterminer des hémorragies gastro-intestinales.

OBSERVATION, N° 2. — R. R., 16 ans et demi.

En 1938, petite crise d'appendicite aiguë ?

En janvier 1941, apparition de crises douloureuses survenant une heure et demie après les repas. Ce sont des douleurs à type de pesanteur et qui durent jusqu'au repas suivant. Elles sont calmées par ingestion d'aliments. Il n'y a pas de vomissements. Mais des céphalées, d'intensité variable selon les jours, sont habituelles. En outre, tous les matins à jeun, le ma-

lade accuse des renvois acides. Ces crises douloureuses ont duré jusqu'à juin 1941. Au cours de ces cinq mois il n'y a eu aucune période d'amélioration nette. Tout au plus y avait-il des petites accalmies pendant deux ou trois jours. Durant tout ce temps le malade n'a pas suivi de régime bien établi. Il a pris comme médicaments des pansements gastriques sans amélioration notable.

Le 1^{er} juin, il va consulter à la Maison Dubois. Un examen radiologique est pratiqué. Des radiographies en série montrent des déformations bulbaires. Admis dans le service de Madame Bertrand Fontaine, de nouvelles radiographies en série montrent aux dires du malade un bulbe sur lequel on discute devant lui, et il retient ce terme, bulbe de forme papillonacée.

Diagnostic : ulcère.

Traitement : Régime Soluprotine Roche et Belladone.

Amélioration nette avec rapidement atténuation puis suppression des crises douloureuses. Les céphalées persistent un peu plus longtemps. Dès le vingtième jour, après la septième piqûre de soluprotine, il est remis au régime normal. Après la dixième injection, il va bien. Le traitement est arrêté. Le 30 juin, il sort de l'hôpital. Il va bien jusqu'au 15 juillet où de nouvelles crises douloureuses apparaissent. Il est de nouveau hospitalisé à Dubois où cette fois il est simplement mis au régime avec repos. Au bout de quelques jours, tout est rentré dans l'ordre, et dix jours

après son hospitalisation il sort, envoyé à l'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice où il entre le 25 juillet.

A son entrée il va bien. Il s'est mis au régime normal des Convalescents, sans choux, ni salades. Ayant trouvé une place dite de convalescent travailleur, il reste dans cet établissement. Il se porte bien jusqu'au 20 janvier 1942, date à partir de laquelle de nouvelles crises douloureuses identiques aux premières apparaissent.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien de particulier, si ce n'est une très légère réaction douloureuse au point de Mac Burney.

Un examen radiologique pratiqué le 24 janvier 1942 montre du liquide d'hypersécrétion en assez grande quantité et un bulbe douloureux au palper se remplissant et se vidant assez bien. Des radiographies en série sont faites qui montrent un bulbe déformé, irrégulièrement déchiré sur toutes les images, mais il n'y a pas de niche.

Nous le laissons au même régime, et nous donnons au malade :

1°) Kaolin, 6 grs, 3 fois par jour.

2°) Injections intraveineuses d'atropine.

Dès le quatrième jour les crises ont disparu. Les céphalées persistent, mais moins fortes et disparaissent progressivement. Une douzaine de jours après le début du traitement, il va bien.

Vers le 10 février, apparition de nouvelles crises. Deux séries duodénales sont pratiquées à une dizaine

de jours d'intervalle. Jamais on ne voit d'image typiquement ulcéreuse.

Le malade est mis au régime : lait, pâtes, pommes-purées, compotes, et Laristine. Pas d'amélioration notable.

Au début de mars, nouvel examen radiographique. Pas d'image d'ulcère. Le malade étant revu sept heures après la prise de gélobarine, on note que la baryte occupe le cœcum, le colon ascendant, le colon transverse, et une partie du colon descendant. Il n'y a pas de stase iléale. Mais le palper du cœcum plein sous l'écran détermine l'apparition de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le malade est revu les jours suivants. Le palper attentif du point de Mac Burney révèle une douleur constante.

Nous pensons à une appendicuto-duodénite, et nous envoyons le malade en consultation, avec ses clichés radiographiques chez M. le Professeur Brocq dont la conclusion est : Absence d'ulcère, mais appendicite chronique.

Intervention chirurgicale dans le même service le 17 mars 1942. Ablation de l'appendice chroniquement enflammé. Le malade revient à l'Asile National des Convalescents une quinzaine de jours après l'intervention. Il va bien. Fin avril. Il va toujours bien.

Nous n'avons évidemment pas assez de recul dans le temps pour tirer une conclusion formelle de cette observation. Toutefois, la disparition complète des crises douloureuses nous autorise à présumer que nous avons porté un diagnostic exact.

OBSERVATION N° 3. — B. E., 40 ans.

Il s'agit d'un malade vu au centre de Réforme de Bercy et dont nous transcrivons intégralement le dossier médical.

A) Observation du Docteur Hillemand.

Malade accusant depuis 1941 des douleurs gastriques quotidiennes avec renforcement à certaines périodes. Les douleurs sont tardives avec, par moments des nausées.

Examen : sensibilité légère sous le rebord costal droit.

Radioscopie : bas fond gastrique abaissé et dilaté. Hyperkinésie. Pas de point douloureux. Pas d'image anormale.

Radiographie : série duodénale. Bulbe irrégulier. Niche à la base de la petite courbure. *Ulcère.*

B) Sur le vu de deux radiographies gastro-duodénales prises en position verticale, M. le Docteur Stule déclare : Bulbe duodénal irrégulier et vraisemblablement ulcéreux.

C) Observation du Dr. P. Oury :

Gastralgie ayant débuté en avril 1941. Douleurs continues. A l'examen creux épigastrique, indolore, mais palpation douloureuse au niveau de l'hypochondre droit où l'on sent le foie légèrement augmenté de volume.

Conclusion : Sur le vu de la même série duodénale que celle examinée par M. le Dr Hillemand : **Bulbe**

irrégulier, déformé, sans niche visible sur les clichés en série. *Duodénite*.

Nous voyons ici combien grande est la difficulté d'interprétation de ces images bulbaires. D'un côté, en effet, Hillemand affirme : Niche de la base du bulbe et ulcère, et l'on connaît la rareté de l'ulcère de la base. D'un autre côté, P. Oury dit : Absence de niche et duodénite.

OBSERVATION N° 4.

Nous devons cette observation à l'obligeance de M. Hillemand.

Il s'agit d'un malade de 27 ans.

Ce malade est vu pour la première fois en 1937. Il présente des douleurs dont il souffre un jour par ci, un jour par là. Ce sont des douleurs à type de brûlures qui peu à peu évoluent par périodes douloureuses de quinze jours ou trois semaines séparées par des périodes de calme pendant lesquelles le malade ne souffre plus du tout. Un examen radiographique pratiqué montre du liquide résiduel, un bulbe spasmodique et des signes de gastrite.

Revu en 1938, ce malade continue à souffrir. Les périodes de repos diminuent. Il présente des douleurs à trois heures de l'après-midi et à une heure du matin. Un examen radiographique montre un bulbe déformé avec niche de la base. Diagnostic : ulcère de la base du bulbe.

Traitement : bismuth, kaolin, Laristine, paratyrones.

En 1939, de nouvelles radiographies sont faites. Le même diagnostic, ulcère de la base du bulbe est posé. On continue à le traiter médicalement par la Laristine, l'histamine, la Soluprotine, sans amélioration notable.

En avril 1940, de nouvelles radiographies sont faites, sur le vu desquelles, une autre fois est posé le diagnostic d'ulcère de la base du bulbe.

Devant la persistance des douleurs, une intervention chirurgicale est décidée.

A l'intervention, on ne voit rien. On réexamine les radios, et devant la netteté des clichés, on décide une gastrectomie.

A l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire, il n'y a aucune lésion visible au niveau du bulbe.

On peut donc conclure que les déformations radiologiques interprétées comme ulcéreuses étaient en fait, provoquées uniquement par une duodénite, et c'est l'opinion que le Dr Hillemand se fait actuellement de cette observation.

2. — LA FORME PSEUDO-ULCÉREUSE.

La forme pseudo-ulcéreuse a la même histoire clinique que l'ulcère. Périodes de crises post prandiales semi-tardives ou tardives séparées les unes des autres par des périodes de calme complet. Beau-

coup des observations des auteurs se rapportent à cette forme. Quatre sur sept des malades de Bouchut et Ravault présentaient un syndrome ulcéreux absolument typique. A l'intervention, pas d'ulcère. Aussi, quel diagnostic poser en présence de ces malades devant des images radiologiques bulbaires discutables ? C'est là un problème difficile, et sur lequel nous reviendrons au cours de notre étude radiologique des déformations du duodénum.

3. — LA FORME HÉMORRAGIQUE.

Ici nous entrons dans le problème excessivement complexe des hémorragies digestives, car nous pouvons en voir non seulement au cours des ulcères et des cancers, mais encore au cours d'appendicites, de cholécystites, de splénomégalies. Et ce n'est pas tout. On en rencontre également au cours des gastrites et des duodénites. Il s'agit souvent de malades qui présentent un assez long passé gastrique. Tantôt l'histoire clinique ne révèle pas de caractères nosologiques nets. Tantôt au contraire elle ressemble d'assez près à celle d'un ulcère. D'autre fois, il s'agit de malades auparavant bien portants et dont la première manifestation pathologique est une hémorragie. Ces hémorragies peuvent être très abondantes, foudroyantes même, hématémèses ou méloenas. Souvent elles sont moins abondantes avec en général, tendance à récidiver. Enfin, elles peuvent être uniquement occultes et ne sont révélées que par un exa-

men des selles. Le diagnostic, en dehors d'une affection connue est toujours très difficile à discuter. L'examen radiologique le plus souvent n'est pas d'un grand secours, les hémorragies réalisant une autothérapeutique anti-inflammatoire qui la plupart du temps améliorent les malades momentanément et font disparaître pendant un certain temps les déformations pathologiques radiologiques sur lesquelles on se base pour poser un diagnostic. Très difficile également est la conduite thérapeutique à suivre, difficulté sur laquelle Pierre Duval attire très justement l'attention dans un article assez récent. Devant un tel état de choses, et en présence d'hémorragies aiguës offrant un aspect immédiatement grave, ou bien en présence d'un diagnostic posé d'ulcus possible, ou bien encore parce qu'il s'agissait de récidives elles aussi inquiétantes, on a été amené à intervenir. Or sur les pièces reséquées, des constatations très intéressantes ont été faites par différents auteurs, Bouchut et Ravault en particulier. Suivant les cas et en dehors de tout ulcère, les muqueuses gastriques et duodénales apparaissaient rouges, tomenteuses, ecchymotiques, turgescents, granuleuses, avec souvent de petites lésions superficielles peu étendues. D'autres fois, il y avait seulement un petit piqueté hémorragique. D'autres fois enfin, les capillaires sanguins étaient très dilatés, très gonflés, et par endroits rompus. Des constatations identiques ont été faites au cours d'autopsies réalisées entre autres par Lion, Faroy, Gubergritz et Tchayka.

4. — LES FORMES ASSOCIÉES.

Nous avons vu au cours de notre étude étiologique combien nombreuses et différentes pouvaient être les causes de la duodénite. Aussi cette affection se trouve-t-elle fréquemment associée à d'autres maladies ; association à un appendicite, aux affections vésiculaires, à une typhlo-colite, etc... Restant sur un terrain strictement pratique nous ne voulons pas envisager ici ces associations multiples, mais nous nous en tiendrons seulement aux appendiculo-duodénites et aux cholecysto-duodénites. Dans ce cas, les malades présentent un tableau clinique beaucoup plus riche. On ne se trouve plus devant ces sujets si difficiles à interroger et qui rapportent mal les caractères plus ou moins flous de leurs douleurs gastriques. On sent ici un tableau à couleur plus vive.

S'agit-il d'Appendiculo-duodénite ? On met en évidence, en dehors de l'histoire dyspeptique un plus grand nombre de phénomènes : douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite et que le palper arrive à localiser au point de Mac Burney. Parfois dans les formes appendiculaires frustes, absence de toute douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, et ce n'est qu'un palper attentif qui met en évidence la douleur ; et ceci attire notre attention sur le contraste entre la douleur duodénale et appendiculaire. La douleur duodénale est spontanée, purement subjective, alors que la douleur appendiculaire dans ses

formes très frustes passe inaperçue du sujet, et ne se révèle qu'au cours d'un palper attentif. D'autres fois, le tableau clinique est le suivant : presque pas de phénomènes abdominaux chez des sujets qui présentent des douleurs dans le membre inférieur droit. Le palper attentif révèle un Mac Burney douloureux. Chez d'autres, l'état nauséeux est le signe qui domine. Notre impression personnelle que nous livrons à la critique de ceux qui voudront bien nous lire, c'est que dans ces appendiculo-duodénites, les manifestations appendiculaires sont des plus frustes. Elles ne réalisent pas le grand tableau de l'appendicite chronique. Et c'est par un raffinement de l'examen que l'on met les signes appendiculaires en évidence. Rare y sera la contracture, mais on notera une diminution de balancement de la paroi abdominale droite par rapport à la région symétrique gauche. Et pourtant, dans cette appendiculo-duodénite, c'est l'ablation de l'appendice qui fera disparaître les réactions duodénales à distance.

La cholecysto-duodénite mérite un juste parallèle avec l'appendiculo-duodénite, mais comporte également des oppositions intéressantes à retenir. Ici le syndrome douloureux duodéal s'accompagne de réactions hautes en opposition avec les signes bas situés de l'appendicite, et avec des degrés divers la dyspepsie hypersténique s'accompagnera de manifestations vésiculaires plus ou moins typiques. Parfois la douleur continue s'émaillera de paroxysmes typiques à type de colique hépatique ou vésiculaire.

Chez d'autres malades, jamais de grands paroxysmes, mais les manifestations duodénales se soudent d'une façon intime avec un état douloureux vésiculaire tantôt aussi continu que la douleur duodénale, tantôt présentant des intermittences plus ou moins prolongées. L'exploration clinique mettra en relief une zone douloureuse haut située, sous le rebord costal, avec signe de Murphy positif, d'une façon permanente ou intermittente. Ces manifestations vésiculaires retentissant sur le duodénum auront des caractères différents suivant qu'il s'agira d'une réelle lithiasie vésiculaire ou de cholecystite non lithiasique. Dans cette association vésiculo-duodénale, les insuffisances de l'exploration clinique seront très richement complétées par les renseignements fournis par la cholecystographie et le tubage duodéal. Peut-être, beaucoup de ce qu'on a voulu appeler Estomacs des Biliaires mériterait d'être appelé duodénums des biliaires. Du point de vue thérapeutique, lorsqu'on peut affirmer une lithiasie vésiculaire, l'acte chirurgical doit être aussi prompt et donne les mêmes remarquables résultats que l'ablation de l'appendice dans l'appendiculo-duodénite ; mais nos observations personnelles tendent à nous faire penser que la duodénite est plus fréquente dans les affections vésiculaires non lithiasiques qu'au cours d'une lithiasie nettement confirmée. Et dans ces cas de duodéno-cholecystites non lithiasiques nous serons beaucoup plus ménagers de chirurgie que dans l'appendiculo-duodénite. Dans cette synergie morbide des troubles duo-

déno-vésiculaires, nous pensons que la thérapeutique médicale doit être longtemps prolongée, et ne cèdera la place à la chirurgie que devant l'échec complet des tentatives médicales.

Au cours, ou en dehors de ces deux grandes associations, la duodénite s'accompagne presque toujours de périoduodénite, que cette dernière affection soit secondaire à la première ou au contraire qu'elle en soit la cause.

En outre, la duodénite est très souvent associée à une pylorite, une antrite, une pyloro-antrite, une gastrite, une gastro-pyloro-antrite. Pour Ramond et Jacquelin, la duodénite, du fait de la répartition des lymphatiques s'accompagnerait toujours de pyloro-antrite. Nous avons déjà vu que cette conception n'était pas celle d'autres auteurs. D'autres fois bien que rarement, il y aurait duodéno-jéjunite. Toutes ces associations, du fait de leur nombre et de la très grande différence des signes cliniques présentés par les malades, montrent combien grande est la difficulté de poser un diagnostic clinique précis. La radiologie qui nous apporte des renseignements très utiles, elle aussi, ne nous permet pas toujours de poser un diagnostic de certitude. C'est dire combien ce problème est complexe et combien il faut envisager la question des diagnostics duodénaux avec circonspection et prudence.

V. — RADIOLOGIE

La Radiologie du duodénum, nous l'avons déjà dit, présente de grandes difficultés. Nous disposons pour l'examen de cet organe par les rayons X de deux moyens :

- 1°) La Radioscopie,
- 2°) La Radiographie.

I. — LA RADIOSCOPIE.

La Radioscopie donne des renseignements très intéressants. Au cours d'un examen radioscopique, on voit si un bulbe se remplit bien ou mal, s'il se vide rapidement ou lentement, s'il est de taille petite, moyenne ou grande, s'il est de forme normale ou anormale, si les contours sont nets ou au contraire échancrés, s'il est indolore ou au contraire douloureux au palper sous l'écran. On note les anomalies de position, suit l'acheminement de la baryte à travers tout le duodénum, voit s'il se produit un arrêt à un point, genu superius ou genu inferius principalement. Brodin considère comme un excellent signe diag-

nostic des appendiculo-duodénites chroniques l'arrêt de la bouillie barytée au niveau du genu inferius. Nous partageons entièrement cet avis. On constate une stase en amont de ces arrêts. Or, nous connaissons le rôle des stases dans la genèse des infections. On peut voir s'il y a de l'hyperpéristaltisme ou au contraire de l'antipéristaltisme, ou les deux associés. L'importance de ces renseignements ne saurait être niée. Le diagnostic de sténose duodénale est porté sur le vu de ces quatre grands signes : hyperpéristaltisme, arrêt net de la bouillie, antipéristaltisme violent, et au bout d'un certain temps, lorsque l'antipéristaltisme cède, stase nette en amont de l'arrêt. Ainsi, en présence d'un bulbe douloureux, déformé, se remplissant mal, se vidant de même, soit incomplètement, soit trop vite, soit trop lentement, on conclura à un état pathologique de cet organe. Mais il est certain que des signes capitaux échappent complètement au cours d'un examen radioscopique et, lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic précis, la radioscopie s'avère en général insuffisante.

2. — LA RADIOGRAPHIE.

La Radiographie est incomparablement supérieure. En raison de la très grande fréquence de l'ulcère du duodénum un des soucis constants du radiologiste au cours d'un examen du tube digestif, est la recherche de signes précis lui permettant de poser avec certitude ce diagnostic. La méthode d'élection

est la prise de clichés en série. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la façon d'opérer. Nous retiendrons ici la méthode préconisée par Gutmann qui nous semble donner les meilleurs résultats : « prise de clichés en série, avec grille anti-diffuante, sans sélection, pratiquée sur le malade en position ventrale, plaque dessous, le sujet étant incliné de façon à ce que le bulbe duodénal soit dégagé de l'ombre prévertébrale, position réglée en chaque cas par un examen préalable à l'écran. Méthode de demi-réplétion ». L'examen de ces clichés montre souvent des déformations nombreuses, différentes, variables, d'interprétation difficile. Or, parmi ces déformations une seule permet de poser avec certitude le diagnostic d'ulcère. *C'est la niche.*

« Presque toujours, dit Gutmann, il s'agit d'une « niche de face, qui apparaît sur la face du bulbe « qui est ou normal, ou déformé, comme une tache « noire. Mais cette tache est cernée et mise en valeur « par un boursofflement périulcéreux de la mu- « queuse qui empêche à son niveau le remplissage « baryté. Il en résulte un aspect clair généralement « appelé « Halo ». Ce halo peut-être complet ou « incomplet, continu et régulier, mais aussi irrégulier « et interrompu comme un bourrelet hémorroïdaire. « Parfois, aspects stellaires avec plis convergents « vers la niche.

« *La niche des bords est infiniment moins fréquente. Presque toujours il s'agit d'une erreur de « lecture radiologique. Très souvent cette niche est*

« confondue avec une partie normale du bulbe, recessus inférieur interne par exemple, isolé par deux « petites dépressions spasmodiques. Par ordre de « fréquence, la niche des bords siège d'abord sur la « petite courbure, puis sur la grande, et enfin, mais « exceptionnellement sur la base du bulbe. Quel que « soit d'ailleurs le lieu où elle se trouve, cette niche « donne la note de certitude. Sans elle, il n'y a que « des aspects selon les cas suspects, très suspects, à « peu près sûrement ulcéreux ».

Cet auteur, dans sa remarquable étude analytique des déformations radiologiques du duodénum cite après la niche, comme signes majeurs de l'ulcère du duodénum, l'amincissement du bulbe et les déformations péri-ulcéreuses des parois, le raccourcissement du bulbe qui donne le classique aspect dit « en chapeau mexicain » les incisures du bulbe, les encoches, les images pseudo-diversiculaires justa-ulcéreuses, la biloculation bulbaire vraie. Ces diverses atérations peuvent d'ailleurs se combiner et donner des aspects devenus classiques et décrits sous le nom de Bulbes en trèfle, bulbe en branche de corail, bulbes en pioche, etc... La biloculation bulbaire vraie donne l'image non moins classique dite en taille de guêpe. Tous ces signes, s'ils n'ont pas la signification diagnostique absolue de la niche n'en conservent pas moins une importance considérable, et nous devons leur attribuer une valeur très grande. Très souvent d'ailleurs, ils attirent notre attention sur la niche. Et c'est particulièrement le cas dans le bulbe en trèfle,

aspect réalisé par deux incisures spasmodiques, une de la petite, l'autre de la grande courbure.

Mais à côté de ces bulbes à peu près sûrement ulcéreux, il en est d'autres qui présentent des déformations pathologiques sur la nature desquelles il est bien difficile de discuter. Ce sont ces bulbes nuageux, toujours mal remplis, à contours flous, à bords irrégulièrement déchirés, échancrés, dont la morphologie d'ailleurs, varie au cours d'une même série ou de deux séries faites à quelques jours d'intervalle. Ce sont ces mégabulbes œdématiés ou au contraire ces petits bulbes douloureux et dont la taille est susceptible de changer d'une série à l'autre. A ces signes, morphologiques s'associeront fréquemment des troubles d'évacuation. Bulbes se remplissant mal, se vidant mal, lentement, ou au contraire trop vite. Or, très souvent, sur un ensemble de faits aussi insuffisamment significatifs, le diagnostic d'ulcère est posé. On voit beaucoup trop de diagnostics d'ulcères du duodénum. Nous restons certainement au-dessous de la vérité en disant que pour douze ou quinze ulcères gastriques diagnostiqués au Centre de Réforme de Bercy il y a bien une centaine de diagnostics d'ulcères duodénaux. Or, beaucoup d'auteurs considèrent l'ulcère du duodénum comme moins fréquent que l'ulcère gastrique.

Dans son article récent sur la Causalgie digestive, Gaston Durand dit qu'il est amené à penser à la duodénite dans les conditions suivantes : « Dans les cas où la symptomatologie se ramène aux grands traits,

de celle de la gastrite ou de la gastro-pylorite, l'examen radiographique ne montrant pas de niche ulcéreuse, révèle une intolérance du bulbe, sa *mauvaise* réplétion à tous moments de l'examen, l'aspect « floconneux » ou nettement aréolaire, en « nid d'abeilles » de l'aire bulbaire selon les descriptions de Mac Carty, Moore, Lipschutz, Kirklin ». Nous croyons également que cette association radio-clinique est indispensable pour faire le diagnostic de duodénite. Certes, il faudra se montrer prudent et répéter les séries duodénales après atropinisation par voie buccale, sous cutanée, ou mieux intra-veineuse afin d'éliminer toute affection en rapport avec le système neuro-végétatif. Mais quand on aura invariablement obtenu des clichés simplement douteux, il ne faudra jamais manquer de les confronter soigneusement avec l'histoire de la maladie. En présence d'une histoire clinique *typiquement* ulcéreuse et malgré l'existence de duodénites qui simulent à s'y méprendre la pathologie de l'ulcère, nous ne croyons pas pouvoir éliminer la possibilité de cette dernière affection devant un bulbe sans niche mais radiologiquement pathologique. Autrement dit, si la graphie duodénale a une valeur considérable, la clinique ne perd aucun de ses droits et le médecin qui suit longuement un malade doit défendre ses constatations parfois même contre des interprétations radiologiques qui voudraient aller trop loin. Par contre, en présence d'histoire à type dyspeptique banal, plus encore, en face d'histoires abdominales floues comme nous en voyons par centaines au

centre de réforme (parmi les prisonniers rapatriés d'Allemagne), et de séries duodénales sans image typique d'ulcère mais présentant des images discutables, nous affirmons de plus en plus le diagnostic de duodénite.

La question des périoduodénites est très importante. Périoduodénites sus-mésocoliques du bulbe, du cap et de la deuxième portion du duodénum, périoduodénites sous mésocoliques du genu inferius et de l'angle de Treitz ont été l'objet de nombreuses études. Du point de vue radiologique, en dehors des changements de position du bulbe et des déformations au niveau des angles duodénaux qui sont de très importants éléments diagnostique les petites déformations bulbaires pariétales rencontrées au cours des périoduodénites apportent un élément de confusion surajouté. Il s'agit de déchirures, d'images en flammèches, en épingles, et qui réalisent parfois ces aspects complexes décrits sous les noms de bulbes empennés, bulbes en araignée, etc. La Morphologie de ces bulbes peut varier d'ailleurs d'une image à l'autre. Toutefois, certaines de ces déformations sont constantes et se retrouvent sur tous les clichés. En aidant à la déformation du bulbe, ces images incitent davantage à penser à l'ulcère. Or, si la périoduodénite accompagne très souvent l'ulcère, il ne faut pas perdre de vue qu'elle accompagne non moins fréquemment la duodénite.

VI. — TRAITEMENT

Le traitement de la duodénite, essentiellement chirurgical au cours des appendiculo-duodénites et des duodénites en rapport avec une cholecystite calculieuse doit au contraire, en dehors de ces deux cas très précis demeurer pendant très longtemps uniquement médical.

Dans une vue thérapeutique générale nous distinguerons deux ordres de faits :

- 1°) On est en présence d'une duodénite essentielle ;
- 2°) On est en présence d'une duodénite secondaire.

I. — TRAITEMENT DE LA DUODÉNITE ESSENTIELLE.

A. — Le premier de tous les actes thérapeutiques sera l'établissement d'une diététique : au début, régime très strict, composé de lait, lait caillé, bouillons de légumes, potages au lait avec semoule, tapioca. Puis, au fur et à mesure de l'amélioration du malade, on l'élargira progressivement au pain grillé, ou au biscottes, pâtes, purées, compotes, viandes maigres grillées, poissons maigres, œufs, yaourts et comme boissons à l'eau rougie. Enfin le régime sera continué pendant très longtemps sur ces bases.

B. — Le malade bénéficiera d'une mise au repos. Mais d'une façon générale les douleurs de duodénite ne nécessitent jamais le repos absolu que requièrent maintes fois les crises ulcéreuses.

C. — En dehors du régime et du repos, la médication proprement dite offre des éléments variés susceptibles d'amener une amélioration, mais qui sont trop nombreux pour que nous songions à en faire ici une énumération aussi complète que possible.

Nous retiendrons en premier lieu contre l'inflammation et la douleur les pansements gastriques et les antispasmodiques les plus habituellement employés. Nous donnerons du carbonate de bismuth, du sous-nitrate de bismuth ou du kaolin, 5 grammes, trois fois par jour, délayé dans un demi-verre d'eau, à prendre un quart d'heure avant les repas.

Comme antispasmodiques nous emploierons de préférence la teinture de belladone, donnée à doses progressives, deux fois par jour, jusqu'à 25 et 30 gouttes, soit un peu avant les repas, soit pendant les repas, soit au moment des douleurs. En cas de crises très douloureuses, nous associerons la belladone au laudanum suivant la formule de A. Bergé :

Teinture de belladone	}	a a — 10 grs.
Laudanum.....		

Les injections intra-veineuses d'atropine à doses progressivement croissantes, (de 1/4 à 1 milligramme 1/2), nous ont donné d'excellents résultats chez des malades où l'élément douleur résistait à la belladone.

Dans les cas de duodénite pseudo-douloureuse, le malade sera considéré comme un ulcéreux devant être traité médicalement, et nous adjoindrons aux pansements gastriques et aux antispasmodiques, la médication employée dans l'ulcère : injections d'extrait parathyroïdien dont la pratique, instaurée en France par Moutier et Camus en 1929 a été quelque peu détrônée ces dernières années par l'aminothérapie et la protéinothérapie. Ces deux dernières thérapeutiques, qui ont habituellement comme action le raccourcissement de la durée de périodes de crises douloureuses peuvent être employées isolément ou en association. Le résultat obtenu est d'ailleurs assez imprévisible. Parfois, la protéinothérapie pratiquée sous forme d'injections intra-veineuses de Soluprotine réussira totalement alors que l'aminothérapie pratiquée sous forme d'injections de chlorhydrate d'histidine à 4 % avait échouée. Mais la réciproque se verra chez d'autres malades. Aussi, au lieu de commencer par un de ces produits et de continuer, en cas d'échec, par le second, préférons-nous les associer d'emblée en injectant le chlorhydrate d'histidine les jours laissés libres par les injections de Soluprotine.

Le gluconate de calcium intra-veineux, associé à l'extrait para-thyroïdien sous-cutané nous a donné de bons résultats également.

Enfin, et plus particulièrement dans l'époque actuelle, en raison des restrictions alimentaires nous croyons important de souligner l'utilité de la vita-

minothérapie, et plus spécialement des vitamines A et D.

II. — TRAITEMENT DES DUODÉNITES SECONDAIRES.

On traitera, en même temps que la duodénite, la maladie causale. Dans les cas de duodénites en rapport avec les états hépato-biliaires non lithiasiques, le problème du régime se verra compliqué du fait que l'alimentation de ces malades sera entre autres privée d'œufs, de lait et de graisse. Du point de vue médicamenteux, on associera aux médications digestives les médications cholalogues et cholérétiques : huile d'olive, sulfate de magnésie, peptones et sulfate de soude à petites doses, calomel par un et deux centigrammes, extrait d'artichaut, huile de harlem, boldo et comme médication désensibilisante, l'hypo-sulfite de soude par voie intra-veineuse.

VII. — CONCLUSIONS

1. — La duodénite est une affection dont la réalité est affirmée par des constatations radiologiques, chirurgicales et anatomo-pathologiques.

2. — La duodénite est à l'ulcère du duodénum ce que la gastrite est à l'ulcus gastrique. Les études gastroscopiques réalisées ont montré de façon indiscutable la réalité des gastrites alors que cette affection tendait depuis les recherches anciennes de Hayem et de Mathieu à être discutée et à être niée. Indirectement, l'affirmation récente de la gastrite apporte un argument solide en faveur de la duodénite.

3. — Cliniquement, la duodénite se présente sous trois formes : la forme dyspeptique, la forme pseudo-ulcéreuse, la forme hémorragique.

4. — Néanmoins, la duodénite est une affection de diagnostic difficile qui ne peut être posé que sur des examens radiographiques attentifs et après avoir éliminé l'ulcère duodénal.

5. — Nous pensons que certaines déformations radiologiques du bulbe duodénal sont trop hâtive-

ment mises sur le compte de l'ulcère aussi bien par le clinicien que par le radiologiste.

6. — Ne doivent être retenues comme lésions radiologiques absolument caractéristiques de l'ulcère que la niche de face et la niche de la petite et de la grande courbure. La niche de la base est rarissime. Presque toujours son affirmation est une erreur de lecture. En l'absence de niche, les incisures spasmodiques, les images pseudo-diverticulaires justa-ulcéreuses, la biloculation bulbaire vraie, le raccourcissement du bulbe conservent une valeur très grande, mais non absolue.

7. — Doivent être considérés comme signes de duodénite les bulbes sans niche, à contours flous, à aspect nuageux, à transit rapide, à mauvais remplissage, et à bords crénelés de spicules.

8. — N'affirmant pas un schéma thérapeutique, exclusif à l'excès, dans lequel la duodénite relèverait du traitement médical tandis que l'ulcère resterait l'apanage de la chirurgie, nous pensons cependant que si pratiquement l'ulcère duodénal guérit souvent médicalement, c'est une réalité encore infiniment plus fréquente pour la duodénite.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
BROCQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) W. C. MAC CARTY. — Ulcères duodénaux excisés. *Journ. Am. Méd. Ass.* 1924, p. 1894.
- 2) F. RAMOND et DARQUIER. — Les duodénites considérées au point de vue étiologique et anatomo-pathologique. *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1925, 31 juillet 1925, p. 1217.
- 3) BOUCHUT et RAVAUULT. — Les pyloro-duodénites. *Archives des malades de l'appareil digestif et de la nutrition*, février 1927.
- 4) Gabrielle TILLIER. — Contribution à l'étude des pyloro-duodénites. *Thèse de Lyon*, 1928.
- 5) René A. GUTMANN. — Les gastrites et les duodénites chroniques hémorragiques. *Bull. médical*, 22-25 mai 1929, p. 589.
- 6) B. R. KIRKLIN. — Considérations radiologiques sur la duodénite. *Staff Meet of the Mayo Clinic.*, 21 août 1929.
- 7) Félix RAMOND et Charles JACQUELIN. — Les duodéno-pyloro-antrites. *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, juin 1935, p. 618.

- 8) P. OURY et MÉZARD. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Monographie* chez Douin, 1935.
 - 9) M. GUBERGRITZ et E. TCHAYKA. — Sur la question de la duodénite. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, décembre 1936, p. 1158.
 - 10) P. BRODIN. — Les duodénites pseudo-ulcéreuses. Leur guérison fréquente par ablation de l'appendice chroniquement enflammé. *Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, novembre 1939, p. 1313.
 - 11) Gaston DURAND. — La causalgie digestive. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, janv.-fév. 1941, p. 23.
-

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
